

животным ($n=35$) выполнялось аналогичное оперативное вмешательство. С 11 суток от момента операции и на протяжении 6 месяцев животным энтеральным путем вводилась водная суспензия микронизированной очищенной флавоноидной фракции диосмина в дозе 100 мг/кг/сутки.

Определение биохимических показателей функционального состояния эндотелия (метаболиты оксида азота (II)(NO), индуцибельная синтаза оксида азота (II)(iNOS)) и антиоксидантного статуса (супероксиддисмутаза (СОД), малоновый диальдегид (МДА), глутатионпероксидаза (ГП)) осуществлялось на 10-е сутки, 1, 2, 3 и 6 месяцы с момента операции.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе на фоне экспериментального венозного тромбоза отмечено достоверное снижение уровня метаболитов NO на фоне повышения содержания iNOS, выявлена активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) (повышение уровня МДА) и гиперактивация ферментов антиоксидантной системы (АОС) (СОД, ГП).

На 10 сутки от момента операции у животных опытной группы отмечалась аналогичная биохимическая картина, как и у животных группы контроля. Применение микронизированной очищенной флавоноидной фракции диосмина привело к снижению процессов ПОЛ, повышению уровня метаболитов NO и снижению компенсаторной гиперактивации ферментов АОС.

Выводы.

1. Моделирование венозного тромбоза у крыс может быть использовано в качестве воспроизведения дисфункции эндотелия венозной стенки в эксперименте.

2. Применение микронизированной очищенной флавоноидной фракции диосмина приводит к снижению маркеров оксидантного стресса и улучшению функционального состояния эндотелия.

*Калинин С.С., Хрыщанович В.Я.,
Климчук И.П., Колесник В.В., Дубина Ю.В.*

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛООПАСНОГО ФЛЕБОТРОМБОЗА В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

*Белорусский государственный
медицинский университет,
4-я городская клиническая больница
им. Н.Е. Савченко,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Проблема профилактики тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей по-прежнему остается наиболее актуальной в современной медицине. Риск развития ТЭЛА особенно высок в группе пациентов с наличием флотирующего тромба, который имеет одну точку фиксации

в своей дистальной части. При этом проксимальный участок тромба свободно колеблется в токе крови и в зависимости от изменения венозного давления и, направленности кровотока, может легко оторваться от стенки вены и быстро мигрировать в легочное артериальное русло. В то же время, выбор метода лечения эмболоопасных ТГВ до настоящего времени остается предметом дискуссии. В последние годы в отечественной флебологической практике произошли изменения в сторону более активной тактики ведения пациентов с эмболоопасным ТГВ – все чаще стали применяться хирургические методы профилактики ТЭЛА, в структуре которых, в силу целого ряда объективных причин, преобладают открытые оперативные вмешательства на глубоких венах.

Цель. Изучить отдаленные результаты консервативного и хирургического лечения эмболоопасного тромбоза глубоких вен (ТГВ) путем сравнения качества жизни пациентов, частоты развития и тяжести посттромботической болезни (ПТБ).

Материал и методы. В исследование были включены 578 пациентов с ТГВ, которые проходили стационарное лечение в период с 2008 по 2013 гг. Мужчин было 364, женщин – 214, средний возраст пациентов составил 55,5 (45-65) лет. Локализация и протяженность ТГВ были следующими: берцовый и подколенный сегменты – 137 (23,7%) и 5 (0,9%) соответственно, подколенно-берцовый – 51 (8,8%), бедренный – 60 (10,4%), бедренно-подколенно-берцовый – 193 (33,4%), подвздошно-бедренный – 94 (16,3%), подвздошно-бедренно-подколенно-берцовый – 32 (5,5%), сафено-фemorальный – 6 (1%). Отдаленные результаты лечения эмболоопасного ТГВ изучали при помощи адаптированной шкалы Villalta и валидного опросника CIVIQ-2.

Результаты и обсуждение. Ультразвуковые признаки флотации тромба были обнаружены у 61 (10,6%) пациента. Длина флотирующей части тромба в группе консервативного лечения составляла 11,5 (15-22) мм, в группе хирургического лечения – 20 (30-45) мм ($p=0,0001$). Двадцать девять пациентов прислали заполненные анкеты, у 3 из которых ПТБ отсутствовала. У остальных 26 пациентов тяжесть ПТБ была следующей: легкая (5-9 баллов) – 13, средняя (10-14 баллов) – 7, тяжелая (15-33 баллов) – 6. В группе консервативного лечения степень тяжести ПТБ составила 9 (7-16) баллов, в группе хирургического лечения – 10 (7-13) баллов ($p>0,05$). Была установлена средняя линейная зависимость ($r=0,53$; $p=0,003$) между степенью тяжести ПТБ и качеством жизни.

Выводы. Хирургические вмешательства по поводу эмболоопасного ТГВ эффективно предотвращают ТЭЛА, однако приводят к развитию ПТБ и снижают качество жизни пациентов. Если речь идет о высоком риске развития жизнеугрожающей ТЭЛА, предпочтение следует отдавать прямому хирургическому или эндоваскулярным способам профилактики.